

**Capítulo 9**  
**(Ex-CAPÍTULO 10)**

**DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO**

**10.1. INTRODUÇÃO**

As Doenças do Aparelho Digestivo encontram-se referenciadas no Capítulo 10 da Lista Tabular da ICD-9-CM, o qual está subdividido nas seguintes secções:

**520-529** - Doenças da cavidade oral, glândulas salivares e maxilares

**530-537** - Doenças do esófago, estômago e duodeno

**540-543** - Apendicites

**550-553** - Hérnias da cavidade abdominal

**555-558** - Enterites e colites não infecciosas

**560-569** - Outras doenças do intestino e do peritoneu

**570-579** - Outras doenças do aparelho digestivo

A patologia neoplásica deste Aparelho encontra-se no Capítulo 2 da CID-9-MC – Neoplasias, nas seguintes secções:

**140-149** – Neoplasia maligna do lábio, cavidade oral e faringe

**150-159** – Neoplasia maligna dos órgãos digestivos e peritoneu

**210** – Neoplasia benigna do lábio, cavidade oral e faringe

**211** – Neoplasia benigna de outras partes do aparelho digestivo

**230** – “Carcinoma in situ” dos órgãos digestivos

**235.0-235.5** – Neoplasias de comportamento incerto do aparelho digestivo

**239.0** – Neoplasias de natureza inespecificada do aparelho digestivo

Encontramos no Capítulo 16 da CID-9-MC a categoria **787** relativa aos Sintomas do Aparelho Digestivo.

## 10.2. ÚLCERA GÁSTRICA/DUODENAL/PÉPTICA/GASTROJEJUNAL

531.xx Úlcera gástrica	{	.0x Ag. c/hemorragia
532.xx Úlcera duodenal		.1x Ag. c/perfuração
533.xx Úlcera péptica		.2x Ag. c/hemorragia e perfuração
534.xx Úlcera gastrojejunal		.3x Aguda
		.4x Cr. ou n/espec. c/hemorragia
		.5x Cr. ou n/espec. c/perfuração
		.6x Cr. ou n/espec. c/hemorr. e perfuração
		.7x Crónica
		.9x Não especificada
		.x0 sem menção de obstrução
		.x1 com obstrução

NB: **Obstrução** corresponde a espasmo, tumefacção e / ou edema, condicionando estase gástrica ou duodenal, desde que mencionadas no processo clínico.

Situações mais frequentes:

- 531.71 – Úlcera gástrica crónica com obstrução
- 532.30 – Úlcera duodenal aguda sem menção de obstrução
- 531.60 – Úlcera gástrica com hemorragia e perfuração sem menção de obstrução

### Úlceras gástricas, duodenais, pépticas e gastro-jejunais

A classificação destas úlceras digestivas nas categorias 531, 532, 533 e 534 é muito semelhante, pela existência das mesmas subcategorias: aguda, crónica ou não especificada, com ou sem hemorragia, com ou sem perfuração;

enquanto que a menção de hemorragia e de perfuração não passa despercebida no processo clínico, a menção da natureza aguda ou crónica das úlceras é habitualmente esquecida ou impossível de dizer sem uma conveniente história do doente ou do exame anátomo-patológico dum produto de biópsia;

aparece, no entanto, e com alguma frequência, a codificação das úlceras como “agudas” apenas porque sangraram ou perfuraram, sem que a especificação de agudo esteja no processo ou no relatório da endoscopia;

as úlceras deverão ser codificadas como não especificadas quanto à natureza (aguda ou crónica) sempre que os termos “agudo” ou “crónico” não estejam registados;

A **hemorragia gastrointestinal** (hematemese ou melenas) é codificada na categoria 578.x e utiliza-se apenas nas situações clínicas cuja origem da hemorragia não está esclarecida, ou não pôde ser determinada no episódio de internamento.

A **hemorragia esofágica** é codificada como 530.82, excepto se devida a varizes esofágicas. Assim:

- 456.0 – Varizes esofágicas com hemorragia
- 456.1 – Varizes esofágicas sem menção de hemorragia

Quando as varizes esofágicas estão associadas à cirrose hepática ou à hipertensão portal, deve-se codificar primeiro a doença subjacente e a seguir as varizes.

Ex: Varizes esofágicas sangrantes em doente com cirrose hepática – 571.5 + 456.20  
 Varizes esofágicas com hemorragia na Hipertensão portal – 572.3 + 456.20

### Rectorragias, hematoquézias e melenas

Estes três termos são, por vezes, erradamente utilizados com querendo dizer a mesma coisa; há, no entanto, que evitar a sua utilização indevida e substituí-los pela designação correcta quando a informação clínica o permite. Assim:

- rectorragias são, por definição, hemorragias do recto: **Hemorrhage** / rectum (sphincter);
- hematoquézia é a passagem de sangue pelo ânus, sangue este que pode ser proveniente de qualquer parte do tubo digestivo: varizes esofágicas, úlceras pépticas, divertículos e angiodisplasias do intestino delgado ou do cólon; codifica-se através de **Hematochezia** (*see* also melena);
- melenas são dejectões de sangue proveniente da parte alta do tubo digestivo, já digerido e tipicamente com o aspecto de borra de café; codifica-se em **Melena**;

Uma hemorragia proveniente duma lesão acima do ângulo de Treitz (ou duodeno-jejunal) tem mais probabilidade de se manifestar por hematemeses, enquanto que a hemorragia dum local mais a jusante originará hematoquézias ou melenas, dependendo da quantidade e do tempo que o sangue permanecer no intestino;

As complicações da **Gastrostomia** são classificadas com o código - 536.4x.  
 As complicações de **Colostomia** ou **Enterostomia** são codificadas como 569.6x.

Ex: - Mau funcionamento da gastrostomia – 536.42  
 - Celulite da parede abdominal devido a complicações da enterostomia –  
 - 569.61 + 682.2

### 10.3. HÉRNIAS

<b>550.0x</b> Hérnia inguinal com gangrena	{ <b>.x0</b> Unilateral ou n/especificada <b>.x1</b> Unilateral ou n/espec. Recorrente <b>.x2</b> Bilateral <b>.x3</b> Bilateral, recorrente
<b>550.1x</b> Hérnia inguinal com obstrução	
<b>550.9x</b> Hérnia inguinal	
<b>551.x</b> com gangrena	{ <b>.0x</b> Hérnia femoral <b>.00</b> Unilateral ou não especificada (não especificada como recorrente) <b>.01</b> Unilateral ou não especif., recorrente <b>.02</b> Bilateral (n/especif. como recorrente) <b>.03</b> Bilateral, recorrente <b>.1</b> Hérnia umbilical <b>.2x</b> Hérnia ventral <b>.20</b> Ventral SOE <b>.21</b> Incisional <b>.29</b> Outras <b>.3</b> Hérnia diafragmática <b>.8</b> Hérnia local NCOP
<b>552.x</b> com obstrução	
<b>553.x</b> s/obstrução s/ gangrena	

## .9 Hérnia local n/especificada

É aconselhável a classificação de hérnia inguinal em directa ou indirecta para uma correcta codificação.

### Hérnias - cura cirúrgica

Há variadíssimas técnicas para a reparação ou cura cirúrgica das hérnias, e os cirurgiões preferem designá-las pelos epónimos (inexistentes no índice alfabético); para uma correcta codificação necessitamos de saber se a hérnia é directa ou indirecta e se a reparação é efectuada com ou sem prótese;

a laqueação dum canal peritónio-vaginal (canal de Nuck) persistente (característica pela qual podemos classificar a hérnia inguinal como indirecta), quando realizada, é parte integrante do procedimento de cura cirúrgica de hérnia e não se codifica à parte (16/5/2004);

o **saco herniário** existe tanto nas hérnias directas como nas indirectas; só nas eviscerações é que ele não existe;

o termo **herniorrafia** implica a não utilização de qualquer prótese;

o termo **hernioplastia** está reservado aos casos em que são utilizadas próteses, como seja, por exemplo, um plug de Prolene;

com base na referência a seguir indicada, aqui ficam alguns tipos:

Técnica	com prótese	sem prótese
Bassini		√
Gilbert (prótese tridimensional)	√	
Lichtenstein	√	
McVay		√
Postempsky		√
Rives	√	
Robbins & Rutkow	√	
Shouldice		√
Trabucco	√	

(S. Dal Cin, L. Franzosi, G. Landi, A. Colombo, P. Davi, C. Porta, A. Guistina: *Complicanze postoperatorie nel trattamento dell'ernia inguinale recidiva: affidabilità dell'alloplastica. ...*)

## 10.4. LITÍASE BILIAR

**574.0x** Litíase da vesícula com colecistite aguda

**574.1x** Litíase da vesícula com outra colecistite

**574.2x** Litíase da vesícula sem menção de colecistite

**574.3x** Litíase das vias biliares com colecistite aguda

**574.4x** Litíase das vias biliares com outra colecistite

**574.5x** Litíase das vias biliares sem menção de colecistite

**574.6x** Litíase da vesícula e das vias biliares com colecistite aguda

**574.7x** Litíase da vesícula e das vias biliares com outra colecistite

**574.8x** Litíase da vesícula e das vias biliares com colecistite aguda e crónica

**574.9x** Litíase da vesícula e das vias biliares sem menção de colecistite

**.x0** sem obstrução **.x1** com obstrução

**575.0** Colecistite aguda sem menção de litíase

**575.1** Colecistite NCOP sem menção de litíase

.x0 inespecífica    .x1 crónica    .x2 aguda e crónica

NB: **Obstrução** pode corresponder a icterícia, colúria, fezes acólicas ou colangite

O **Síndrome pós-colecistectomia** é codificado na sub-categoria - 576.0.

## **10.5. OCLUSÃO INTESTINAL**

**560.x** Oclusão intestinal sem menção de hérnia

- .0 Intussuscepção (invaginação)
- .1 Íleo paralítico
- .2 Vólvulo
- .3 Oclusão intestinal
  - .30 Não especificada
  - .31 Por cálculo
  - .39 Outra
- .8 Outra
  - .81 Por adesões peritoneais (bridas)
  - .89 Outras
- .9 Não especificada

NB: “A suboclusão intestinal é codificada como oclusão intestinal”

## **10.6. DIVERTÍCULOS**

- Diverticulite = Inflamação do(s) divertículo(s)
- Diverticulose = Presença de divertículos no intestino
- **562.x** Divertículos do intestino

**562.0** Divertículos do intestino delgado

- 562.00** Diverticulose do intestino delgado (s/ menção hemorragia)
- 562.01** Diverticulite do intestino delgado (s/ menção hemorragia)
- 562.02** Diverticulose do intestino delgado c/hemorragia.
- 562.03** Diverticulite do intestino delgado c/hemorragia.

**562.1** Divertículos do intestino grosso

- 562.10** Diverticulose do intestino grosso (s/ menção hemorragia)
- 562.11** Diverticulite do intestino grosso (s/ menção hemorragia)
- 562.12** Diverticulose do intestino grosso c/hemorragia

### **562.13 Diverticulite do intestino grosso c/hemorragia**

#### **Situações frequentes:**

- Diverticulite do intestino grosso com hemorragia – 562.13
- Perfuração de divertículo do intestino – 562.10
- Divertículo de Meckel – 751.0
- Disfagia por divertículo do esôfago, não congênito – 530.6 + 787.2
- Oclusão intestinal por divertículo de Meckel, devida a aderências ou bandas residuais ligando o divertículo à parede abdominal – 751.0 + 560.81
- Vólvulo do intestino delgado devido a divertículo de Meckel – 751.0 + 560.2

#### **10.7. USO DE CÓDIGOS V**

“Admission” “Status” “History”

**V10.0** - Antecedentes pessoais de neoplasia maligna do aparelho digestivo

**V16.0** - Antecedentes familiares de neoplasia maligna do aparelho digestivo

**V18.5** - História familiar de outras doenças do aparelho digestivo

**V41.6** - Problemas com a deglutição e a mastigação

**V42.7** - Presença de transplante hepático

**V42.83** - Presença de pâncreas transplantado

**V44.1** - Presença de gastrostomia

**V44.2** - Presença de ileostomia

**V44.3** - Presença de colostomia

**V44.4** - Presença de outro estoma (ostomia) do aparelho digestivo

**V45.3** - Presença de bypass ou anastomose intestinal

**V47.3** - Outros problemas do aparelho digestivo

**V55.1** - Admissão para cuidados com gastrostomia

**V55.2** - Admissão para cuidados com ileostomia

**V55.3** - Admissão para cuidados com colostomia

**V55.4** - Admissão para cuidados com outro estoma (ostomia) do aparelho digestivo

**V58.49** - Admissão para cuidados posteriores especificados após cirurgia

**V67.0** - Admissão para observação após cirurgia (Follow-up)

## **10.8. PROCEDIMENTOS MAIS COMUNS**

**47** – Operações no apêndice

**51.2x** - Colecistectomia

**43** – Incisão e excisão do estômago

**44.0x** - Vagotomia

**44.2x** - Píloroplastia

**48.5** - Amputação abdominoperineal do recto

**46.1x** - Colostomia

**45.62** - Enterectomia segmentar

**45.7x** - Colectomia

**44.1x** - Gastroscoopia

**42.2x** - Esofagoscopia

**45.2x** – Colonoscopia

**42.33** – Controlo endoscópico de hemorragia esofágica

**89.32** – Manometria esofágica

**87.53** – Colangiografia intra-operatória

**44.93** – Inserção de balão gástrico

**44.69** – Gastroplastia (“Banda”)

**53.xx** – Correção cirúrgica de hérnia

## Inserção de stents no tubo digestivo

Diversas situações são motivo para a inserção de stents no tubo digestivo, sendo as neoplasias, quer por estenose ou obstrução intrínseca, quer com compressão extrínseca, as causas mais frequentes. Por via endoscópica é inserido um stent constituído por uma malha metálica auto-expansível que irá manter a patência do lumen depois da retirada do endoscópio. Podem, assim, deixar-se stents no esófago, no estômago, no intestino ou em outras partes do tubo digestivo quando não é possível uma solução curativa, mais definitiva (o tumor pode crescer para além do stent ou invadir o lume deste levando a um reaparecimento da obstrução).



A codificação destes stents na CID-9-MC faz-se com códigos próprios, se existentes, com os códigos de dilatação, de intubação ou, até, com os códigos residuais de outros procedimentos NCOP. Terá de analisar-se, em cada caso, o local específico da colocação do stent (por exemplo, no estômago, poderá ser no cárdia, no piloro ou em outra parte) e na ausência de código específico, seleccionar o código alternativo (dilatação ou intubação) mais apropriado.

Um stent esofágico tem código próprio que se procura por

**Insertion / stent(s) / esophagus (endoscopic) (fluoroscopic) 42.81**  
**42.81 Insertion of permanent tube into esophagus**

Na edição actual (2009/2010) da CID-9-MC não existe um código específico para a inserção de um stent gástrico. Está prevista, no entanto, a dilatação de uma anastomose gastro-jejunal:

**Dilation / gastrojejunostomy site (endoscopic) 44.22**  
**Dilation / pylorus / endoscopic 44.22**  
**44.22 Endoscopic dilation of pylorus**

Consultando o Coding Clinic do Third Quarter 2004 p. 5 encontra-se uma nota para codificar a dilatação endoscópica da estenose numa sutura gástrica, utilizando um balão. A codificação proposta é a seguinte:

**44.99 Other operations on stomach, other**

Não existindo entrada no índice alfabético para a inserção de um stent duodenal ou jejunal teremos de procurar em dilatação:

**Dilation / duodenum (endoscopic) (balloon) 46.85**  
**Dilation / jejunum (endoscopic) (balloon) 46.85**  
**46.85 Dilation of intestine**

A inserção de um stent em canal biliar tem código específico:

**Insertion / stent(s) / bile duct / endoscopic 51.87**  
**51.87 Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct**

A inserção de um stent em canal pancreático também tem código próprio:

**Insertion / stent(s) / pancreatic duct / endoscopic 52.93**  
**52.93 Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct**

A inserção de stents cólicos mereceu códigos novos na actualização de Outubro de 2009:

**46.86 Endoscopic insertion of colonic stent(s)**  
**46.87 Other insertion of colonic stent(s)**

Para o recto também não está prevista a inserção de stent; codificar-se-á dilatação:

**Dilation / rectum 96.22**  
**96.22 Dilation of rectum**



## EXERCÍCIOS

1. Úlcera gástrica e úlcera duodenal, com hemorragia gastrointestinal maciça.
2. Hematemeses por úlcera duodenal aguda; gastrite erosiva.
3. Vômitos alimentares. Úlcera aguda do canal pilórico; estenose pilórica.
4. Síndrome de Mallory-Weiss.
5. Hérnia inguinal indirecta esquerda, recidivada.
6. Hérnia umbilical estrangulada.
7. Hérnia do hiato esofágico (deslizamento) com esofagite de refluxo.
8. Eventração em cicatriz operatória de laparotomia, com integridade do peritoneu e da pele.
9. Colecistite aguda, litíase do colédoco e icterícia colestática.
10. Pancreatite aguda por microlitíase da vesícula.
11. Colecistite aguda alitiásica.
12. Apendicite aguda supurada.
13. Apendicite aguda perfurada com abscesso peritoneal.
14. Oclusão intestinal por fecalomas.
15. Apendicectomia há 2 meses. Oclusão intestinal por bridas peritoneais.
16. Melenas por diverticulose do jejuno.
17. Doente laparotomizado há 1 ano por carcinoma do pâncreas (pancreatectomia cefálica). Admitido por ascite e carcinomatose peritoneal.
18. Coma hepático; cirrose de Laennec, não alcoólica.
19. Adenocarcinoma do antro gástrico
20. Diagnóstico de admissão: apendicite aguda;  
Diagnóstico operatório: apendicite aguda perfurada;  
Anatomia patológica: cistadenocarcinoma mucinoso do apêndice.
21. Insuficiência hepática, hipertensão portal, varizes esofágicas.

Esclerose endoscópica de varizes esofágicas.

22. Pólipo adenomatoso do cólon sigmóide. Polipectomia endoscópica.

23. Admissão por abdómen agudo não traumático, com oclusão intestinal por úlcera do divertículo de Meckel, com perfuração e hemorragia.

Laparotomia exploradora, divertículectomia, libertação de aderências peritoneais.

24. Pólipo do recto. Colonoscopia com polipectomia.

25. Infecção da gastrostomia com abscesso da parede abdominal devido a *E. coli*.

26. Migração da “Banda” gástrica. Tentativa de recolocação laparoscópica convertida em laparotomia.